

【スノーケリング申込書】平成 年 月 日分 (参加される月日を書いてください)

フリガナ 氏名				性別	男	・	女
生年月日	年	月	日 (歳)	血液型	型	・	RH 型
〒 ()	自宅住所						
自宅電話	FAX						
E-mail							
緊急連絡先 氏名	続柄			電話番号			
緊急連絡先住所	〒 ()						

スノーケリング経歴

経験	あり	・	なし	深さ () m	潜れる	・	潜れない
泳力	泳げない	・	25m 以上	・	100m 以上		
足が届かない場所	怖い	・	怖くない	・	わからない	・	絶対ダメ
スノーケリング歴	今までに () 回 ・ () 回/年 ・ () 年続けている						
当センターの 受講歴	なし ・ あり (講座名)						

器材の貸出希望

器材の貸出	いる・いない・ <u>ウエットスーツ・ブーツ・マスク&スノーケル・フィン</u> のみ希望						
身長	cm			体重	kg		
足のサイズ	cm			マスク	度無し・度付き (弱・中・強)		

※ 流し失してもよいコンタクトレンズを着用すれば、マスクは度付きレンズでなくても活動できます。

※ 指示理解やコミュニケーションに特別な配慮が必要な方は事前にお申し出ください。

お客様より頂いた個人情報は、当センターにて厳重に管理し他の目的には一切使用いたしません。

健康チェック

平成

年

月

日

分 (参加される月日を書いてください)

該当する項目に○をつけてください

1. 最近投薬を受けている。	10. 頻繁に頭痛がしたり、偏頭痛がある。
2. 呼吸器系のトラブルや病歴がある。	11. 風邪をひきやすい、気管支炎になりやすい。
3. 麻痺状態やめまい、失神等の病歴がある。	12. 高血圧の病歴がある。
4. 循環器系(心臓血管系)の病歴がある。	13. 出血しやすい。または出血関連の不調がある。
5. 最近、病気をしたり手術を受けた。	14. 耳の手術を受けたことがある。
6. 耳鼻系の病歴がある。	15. 胸の手術を受けたことがある。
7. ゼンソク、肺気腫、結核等の病歴がある。	16. 現在、医師の元に通院している。または慢性 の病歴がある。
8. 耳のトラブルにあったことがある。	
9. 神経系統が不調である。	17. 1～16のどれでもない。

※ 健康チェックはスノーケリングを安全に行うために、講師やスタッフなどが把握する必要がありますので、正確に記入してください。

スノーケリング講座参加誓約書

私は、福井県海浜自然センターの開催するスノーケリング講座を受講する際、受講期間中の不慮の疾病や生命にかかわる重大な事故などが起こりうることを十分に自覚し、自分自身で危険を避ける努力を行うと共に、医師の診断を受ける等健康管理を万全にして参加します。

参加するにあたり、申込書に書いた経歴等は私の知りうる限り真実であり、仮に最悪の事態等になっても、すべて自己の責任として主催者には迷惑をかけないことを誓います。また、受講中は指導者の指示に従い、天候や他の参加者の事故等により、途中で中止する場合がありますことを承諾します。

平成 年 月 日

福井県海浜自然センター所長 様

参加者住所

参加者名(自署または記名捺印)

印

(参加者が20歳未満の場合)保護者名

印